

# STUDENT HEALTH EXAMINATION FORM

This form must be filled out by your physician within 6 months before your child starts at CAISL, or enters Grades 1, 4, 7 or 10.



# FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO FÍSICA DO ALUNO

Este formulário deve ser preenchido pelo seu médico num período de 6 meses antes do aluno entrar na CAISL, ou quando entra para o 1º, 4º, 7º ou 10º anos.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)  
(Student's Full Name/ *Nome completo*) (Date of birth/ *Data de nascimento*)

## Vaccines and Immunizations/ *Vacinas e Imunizações*

(Please initial all that are currently up-to date / *Por favor assinale as que estejam em dia rubricando nos espaços respetivos*)

*Measles, mumps, rubella (MMR) <i>*Sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR)</i>		*Poliomyelites (VIP) <i>*Poliomielite</i>	
*Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP) <i>*Difteria, Tétano, Tosse Convulsa</i>		Tetanus (Td) <i>Tétano e Difteria (TD)</i>	
*Hepatitis B Vaccine (HBV) <i>*Hepatite B (VHB)</i>		Human Papillomavirus (HPV) <i>Vírus Papiloma Humano (HPV)</i>	
*Streptococcus Pneumoniae (PN13) <i>*Infeções por Streptococcus Pneumoniae</i>		Other/ <i>Outro</i> (Please specify/ <i>Por favor especifique</i> )	
*Haemophilus influenzae type b (Hib) <i>*Infeções por Haemophilus influenzae b</i>		Other/ <i>Outro</i> (Please specify/ <i>Por favor especifique</i> )	
*Meningococcal C (MenC) <i>*Infeções por Neisseria meningitidis C</i>		Other/ <i>Outro</i> (Please specify/ <i>Por favor especifique</i> )	

\*While all vaccines are highly recommended, CAISL considers those marked with an asterisk to be essential to the safety and well-being, not only of this child but also of the whole CAISL community / *\*Apesar de todas as vacinas serem fortemente recomendadas, a CAISL considera que, as assinaladas com asterisco, são essenciais para a segurança e bem-estar, não só desta criança, mas também de toda a comunidade CAISL.*

## Summary of findings / *Conclusão do Diagnóstico*

(Initial **one** of the following and use the reverse of this form if you need to add more details /

*Rubrique junto a uma das opções e use o reverso deste formulário para adicionar mais informação se necessário*)

→ \_\_\_\_\_ **This is a Well child:** there are no conditions identified that would prevent participation in the full program of school activities, including physical education, off-site field trips, and/or competitive sports. / *Esta é uma Criança saudável: não foram identificadas razões de preocupação para exercer o programa completo de atividades escolares, incluindo Educação Física, visitas de estudo fora da escola, e/ou desporto de competição.*

→ \_\_\_\_\_ **Conditions identified** that are important to know and may restrict or limit participation in the full program of school activities. The exact nature of the conditions and the restrictions are detailed below and on the back. / *Foram identificadas condições importantes que podem restringir ou limitar a participação no programa completo de atividades escolares. A natureza específica das condições e as restrições estão pormenorizadas em baixo e no reverso deste formulário.*

## Further Information / *Mais Informação*

### ALLERGIES / *ALERGIAS*

- Food / *Alimentares* \_\_\_\_\_  
 Medicine / *Medicamentos* \_\_\_\_\_

- Insect / *Insetos* \_\_\_\_\_  
 Other / *Outras* \_\_\_\_\_

### TYPE OF ALLERGIC REACTION/ *TIPO DE REAÇÃO ALÉRGICA*

- Anaphylaxis  
*Anafilática*       Local reaction  
*Reação local*

### RESPONSE REQUIRED / *TRATAMENTO NECESSÁRIO*

- None  
*Nenhum*       Epipen  
*Injeção epinefrina*       Other  
*Outro*

INDIVIDUALIZED HEALTH CARE PLAN NEEDED (e.g. asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy etc.) - Please provide current version / *PLANO DE SAÚDE INDIVIDUALIZADO NECESSÁRIO (por exemplo devido a asma, diabetes, doença convulsiva, alergias severas, etc.) - por favor forneça uma cópia atual.*

RESTRICTED ACTIVITY (Please specify)/  
*ATIVIDADE FÍSICA LIMITADA (Por favor especifique):*

Child takes the following MEDICATION for specific health condition(s)/ *A criança toma a seguinte medicação como tratamento de condição(ões) específica(s):*

MEDICATION must be given and/or available at school?  
*A MEDICAÇÃO deve ser administrada e/ou estar disponível na escola?*

- Yes/ *Sim*       No/ *Não*

Specify/ *Especifique:* \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN'S INFORMATION/ *INFORMAÇÃO SOBRE O MÉDICO*

Name/ *Nome:* \_\_\_\_\_

Date/*Data:* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Phone/ *Telefone:* \_\_\_\_\_

Address/*Morada:* \_\_\_\_\_

Signature/ *Assinatura:* \_\_\_\_\_

Stamp  
*Carimbo:*

Please add any further important health information in the space below /

Por favor use o espaço em baixo para acrescentar qualquer informação importante sobre a saúde da criança:

Add more details here/ Adicione mais informação aqui:

Please sign below if you have entered information in this space/  
Se colocou informação neste espaço, por favor assinie em baixo:

Name/ Nome: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
Data Assinatura:

Stamp:  
Carimbo

## PARENT SECTION/SECÇÃO PARA SER PREENCHIDA PELOS PAIS

I give permission for my child to be given the following medications, at the nurse's discretion (please initial your responses) / Dou autorização para os seguintes medicamentos serem administrados ao(à) meu (minha) filho(a) se o(a) enfermeiro(a) achar necessário (por favor coloque uma rubrica nas suas respostas).

- Paracetamol (e.g. Tylenol, Panadol, Ben-u-ron) Yes/Sim \_\_\_\_\_ No/Não \_\_\_\_\_
- Brufen (Ibuprofen) Yes/Sim \_\_\_\_\_ No/Não \_\_\_\_\_
- Antihistamine (Aerius, Atarax, Benadryl) Yes/Sim \_\_\_\_\_ No/Não \_\_\_\_\_

If your child's immunizations are incomplete at this time, please explain the reason, and your plan to bring immunizations up-to-date/ Se as vacinas da criança não estiverem em dia, por favor explique a razão e qual o plano para as atualizar:

- GLASSES/ÓCULOS Yes, all the time \_\_\_\_\_ Yes, for reading and close work \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Sim, sempre Sim, para ler e ver ao perto Não
- CONTACT LENSES/ LENTES DE CONTACTO Yes/Sim \_\_\_\_\_ No/Não \_\_\_\_\_
- A HEARING AID/ APARELHO DE AUDIÇÃO Yes/Sim \_\_\_\_\_ No/Não \_\_\_\_\_

In signing this form, I agree to inform the school nurse about any changes in my child's physical health that may affect his/her capacity to participate fully in the regular school program, and conditions that may be contagious. / Ao assinar este formulário, comprometo-me a informar a enfermeira da escola sobre quaisquer alterações no estado de saúde do(a) meu(minha) filho(a) que possam afetar a sua capacidade de participar no programa da escola de forma completa, e quaisquer condições que possam ser contagiosas.

\_\_\_\_\_  
(Parent/Legal Guardian's Signature/ Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)  
(Date / Data)

Ensuring the privacy of all members of the CAISL community is a priority. It is important that you know how we will use data related to your family and to whom such data will be accessible. By signing this form, parents acknowledge that a summary of CAISL's data protection procedures is on the Enrollment Contract and agree with the terms. / A CAISL tem como prioridade assegurar a privacidade de todos os seus membros. É importante que os pais/encarregados de educação saibam como os dados relativos à sua família serão usados, e para quem estará disponível essa informação. Ao assinar no final deste formulário, os pais tomam conhecimento que um resumo dos procedimentos sobre a proteção de dados da CAISL está disposto no Contrato de Matrícula.